Über zwei Fälle von Strumitis auf luetischer Basis

Inaugural-Dissertation

zur

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

verfasst und einer

hohen medizinischen Facultät

der

K. Bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Carl Schuster

aus **Ingolstadt**

ACAD. LANDSHUT BIBL.

BAMBERG

Gedruckt in der Handels-Druckerei (M. R. SCHULZ)

1910

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. v. Angerer.

Noch zu Anfang des 19. Jahrhunderts war die Entzündung der normalen und der kropfig entarteten Schilddrüse nicht unterschieden. Die Trennung in die Thyreoiditis und eine Strumitis geschah erst Mitte des 19. Jahrhunderts durch Weitenweber und besonders Bouchet. 1881 stellte Pinchand (Paris med. 1881 No. 5) den Begriff der Strumitis — Entzündung des Kropfes — der Thyreoiditis — Entzündung der unveränderten Schilddrüse — gegenüber. Grössere experimentelle Untersuchungen hat de Quervain gemacht im Jahre 1905, wodurch die Lehre von der akuten nichteitrigen Thyreoiditis in erschöpfender Weise klargelegt wurde.

Die Unterscheidung dieser beiden Erkrankungen ist jederzeit dann leicht, wenn zuerst die Untersuchung eine Struma feststellen lässt.

Leser schreibt in seinem Lehrbuch über spezielle Chirurgie „Entzündungen in der normalen Schilddrüse sind ausnahmsweise Seltenheiten, dagegen gar nicht so selten sind die strumös entarteten Drüsen".

Diese Tatsache bestätigen auch andere Autoren, und die Literatur weist auch weit mehr Fälle von Strumitis als von Thyreoiditis auf. Manche gehen darin auch wieder zu weit, indem sie die Thyreoiditis zu denjenigen

Krankheiten rechnen, die nur in der Theorie existieren. Dass wirklich eine derartige Erkrankung vorkommt, lässt sich aus den Veröffentlichungen von G. Zesas in dem Zentralblatt für Chirurgie 1885 ersehen, worin er berichtet, dass eine Thyreoiditis nach Bronchitis, morbus Brigthii und Malaria beobachtet wurde.

Über weitere 5 Fälle von akuter Thyreoiditis referiert Holz in der Berliner Wochenschrift 1890. Aus der inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Johannstadt-Dresden liegt ein Vortrag von Dr. Reinhold Dunger über akute nichteitrige Thyreoiditis vor.

Wie schon erwähnt, sind die klinischen Beobachtungen von Strumitisfällen weit zahlreicher und sind auch häufiger die Veranlassung literarischer Betätigung gewesen.

Auch hier soll das Thema der Strumitis behandelt werden, wobei zwei Fälle zur Verfügung stehen, die namentlich bezüglich ihrer Aetiologie interessant sind; vorher soll aber in kurzem auf die zahlreichen aetiologischen Momente, die Veranlassung zu einer Strumitis gegeben haben, eingegangen werden.

Die Frage, warum gerade bei der Struma eine so häufige Entzündung konstatiert werden kann, lässt sich dahin beantworten, dass gerade die bei der echten Struma so häufig vorkommenden Nekrosen und Blutungen die Ansiedlung von Entzündungserregern begünstigen. Von den Kröpfen sind es namentlich die folliculären und Cystenkröpfe (Lücke, Kocher), welche besonders zur Entzündung disponieren.

Es kann dies auch als lokale Disposition bezeichnet werden. Kocher, der sich viel mit der Aetiologie der Strumitis befasst hat, fasst seine Beobachtungen und Erfahrungen zu folgenden Behauptungen zusammen, und ich gebe hier die Stelle wieder, wie sie v. Pettenkofer zitiert hat.

„1. Akute Entzündung der Schilddrüse tritt in der Regel nur bei Vorhandensein einer lokalen Disposition auf. Diese Disposition besteht in anatomischen Veränderungen des Gewebes.

2. Den gelindesten und häufigsten Grad einer lokalen Disposition in obigem Sinne bildet die Hyperplasie der Schilddrüse, die Struma hyperplastica, von dem Augenblicke an, wo in derselben Thrombosen, Blutergüsse und regressive Metamorphose, wie Verfettungen, Ablagerung von Colloidsubstanz, stattfinden. Mit der Zunahme dieser sekundären Veränderungen nimmt die Disposition zu und erreicht ihren höchsten Grad mit dem Zustandekommen von Gewebsnekrosen innerhalb des Strumagewebes.

3. Durch Traumen in Form von Quetschungen und heftigen Anstrengungen können rapid ähnliche Zirkulationsstörungen und Gewebsveränderungen geschaffen werden wie auf langsamem Wege bei Metamorphose der Struma und damit eine gleichsam akute Disposition, sodass sich eine Entzündung rasch daran anschliesst.

4. Endlich durch Punktion; aber namentlich durch die interstitiellen Punktionen von Jodtinktur, wird häufig ein höherer Grad von Disposition geschaffen, zumal bei An-

wendung grösserer Flüssigkeitsmengen und öfterer Wiederholung. Wenn sich nun mehrere dieser Momente kombinieren, so erreicht die Disposition einen entsprechend höheren Grad, sodass jene als genügend für die Erregung akuter Entzündung erscheint."

Neben dieser Disposition zur Erkrankung muss aber auch eine Ursache vorhanden sein, damit eine Strumitis zustande kommt, und diese bildet der Infektionserreger der auf haematogenem Wege in die Struma verschleppt wird; dabei kann die Infektion eine metastatische sein, das heisst also, dass eine primäre Erkrankung nachweisbar ist, oder im Falle keine primäre Erkrankung zu konstatieren ist, dass eine einfache Resorptionsinfektion aus einem unbekannten Teile unseres Körpers zustande kommt.

In den wenigsten Fällen lassen sich natürlich die Infektionserreger am primären Herd und bei der entzündeten Struma gleichzeitig nachweisen, da ja meist die Strumitis erst nach Ablauf der Primärerkrankung auftritt, oder wenigstens zu einer Zeit, wo am primär erkrankten Teile keine Erreger mehr nachzuweisen sind. Jedoch hat z. B. Tavel Pneumococcen in den Lungen und der Struma gefunden, ebenso fand er auch bei einer Proctitis das Bacterium coli commune in der Struma.

Anlass zu einem wissenschaftlichen Streit hat nun die Frage gegeben: „Ist die metastatische Infektion der Struma eine Mono- oder Polyinfektion"? Schuld daran war die Ansicht, dass viele glaubten, der Typhusbazillus

könne keine Eiterung bewirken. Diesen Standpunkt vertrat namentlich Baumgarten, der die Entzündung der Struma den Streptococcen zuschob, die besonders bei schweren Fällen von Typhus abdominalis zum bakteriologischen Befunde gehören. Ähnlich verhält es sich bei Dyphtherie.

Neuere Untersuchungen fanden fast ausschliesslich den Typhusbazillus, der also wohl allein eine Strumitis erzeugen kann; nebenbei gibt es aber auch Strumitiden, die auf sekundärer Infektion beruhen.

Welch zahlreicher Natur die Erreger und somit die Primärerkrankungen sein können, ersehen wir am besten aus den verschiedenen klinischen Beobachtungen. So beschreibt Bolter in seiner Dissertation 44 Fälle von Strumitis mit verschiedener aetiologischer Grundlage

Es wurden von ihm beobachtet:

2 Fälle nach Erysipel,
3 „ „ Wochenbett,
2 „ „ Pneumonie (bei dem einen mit Gallensteinkolik),
3 „ „ Influenza,
2 „ „ Typhus abdominalis,
1 „ „ Erkältung,
1 „ „ Pyaemie,
1 „ auf Tbc. Basis.

20 Fälle, von denen er keine Aetiologie erfahren konnte. Er findet auch ein ziemlich gleichmässiges Auftreten bei beiden Geschlechtern, eine Beobachtung, die

auch Kocher und Lebert gemacht hat, während nach Bergeat und Bailberger und anderen das weibliche Geschlecht prädisponiert sein soll.

Am meisten sind Strumitiden nach Typhus zur Beobachtung gelangt. Als erster hat Kocher die Aufmerksamkeit auf den Magendarmkanal gelenkt. Diesbezügliche Fälle hat Tavel veröffentlicht (Aetiologie der Strumitis Fall 5). Die bakteriologische Untersuchung ergab Bacillus typhi Eberth.

Kummer und Tavel fanden bei einem anderen Falle Bakterien, die auf Agar und Kartoffeln ein für Typhusbazillen völlig charakteristisches Wachstum zeigten.

Jeanselme beobachtete bei einem Typhuskranken, der einen Kropf hatte, am 15. Tage in dem Eiter nach der Incission den Typhusbazillus, ebenso Colzi in einer Strumacyste nach Typhus. Sestini und Baciocchi schreiben ebenfalls über Fälle von eitriger Strumitis nach Typhus.

Tavel konnte auch nach Cholera und Ruhr Strumitis konstatieren. Honsell schreibt über eine metapneumonische Kropfentzündung. Lanz und Lüscher finden nach einer Pneumonie den Bacillus pyocyaneus im Eiter der Strumitis. Albert nennt 2 Fälle, einen nach einer puerperalen Erkrankung und einen nach einem Abort. Eine Strumitis tuberculosa hat v. Bruns und E. Fränkel beobachtet.

So finden sich in der Literatur eine ganze Reihe von Strumitiden, denen die denkbar verschiedensten Infektionskrankheiten vorausgegangen sind. Sehr wenig Fälle fand

ich, die eine luetische Erkrankung zur Grundlage hatten. In der Dissertation von v. Pettenkofer finde ich einen Hinweis auf Küttner, Fränkel und Engel-Reimers, die luetische Strumitiden beobachtet haben sollen, im übrigen wird der Syphilis als Primärerkrankung nur Erwähnung getan. Es müsste denn sein, dass unter den vielen Strumaentzündungen ohne bekannte Ursache eine latente Lues gesteckt hat. Auch diese obengenannten Beobachtungen von Küttner, Fränkel und Engel-Reimers decken sich nicht mit meinen Fällen; es sind dies wohl Strumen, die ihre Entstehung einer Syphilis verdanken, während bei meinen später zu erörternden Fällen lediglich die Vereiterung einer längst bestehenden Struma durch Syphilis hervorgerufen wurde.

Engell-Reimers schreibt in den Jahrbüchern der Hamburgischen Kranken-Anstalten über Schilddrüsenschwellung in der Frühperiode der Syphilis. Er kommt laut Untersuchungen zu dem Resultat, dass die Vergrösserung von Schilddrüsen bei Frühsyphilitischen nicht selten ist. Bei 152 Weibern mit den Allgemein-Erscheinungen der Lues wurde 86 mal und bei 98 Männern 44 mal eine ganz deutlich sichtbare Schwellung der Schilddrüsengegend wahrgenommen. Durch einen Vergleich mit Weibern, die gelegentlich aus Leichtsinn Lues akquirierten und Prostituierten, wies er nach, dass die Schwellung der Schilddrüse mit der Lues zusammenhänge und nicht auf eine habituelle geschlechtliche Überreizung zurückzuführen ist; dazu benützt er auch die Häufigkeit von Strumen nach Lues bei den Männern.

Nach Engel-Reimers macht die frühsyphilitische Schilddrüsenschwellung absolut keine Beschwerden, und er tut auch keine Erwähnung, dass er einmal eine eiterige Entzündung bei einem solchen Kropfkranken an der entarteten Schilddrüse bemerkte. Indessen — so schreibt er — ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass die Lues in seltenen Fällen doch vielleicht später zu schweren Erkrankungen des Organs und zu Myxoedem den Anstoss gibt.

Über Myxoedem und Syphilis hat Hirsch und Gustav Hillel berichtet. Über zwei weitere Fälle von Myxoedem auf luetischer Basis referiert Oberstabsarzt Koehler in der Berliner klinischen Wochenschrift.

Freiherr von Eislesberg nennt in seinem Buche über die Erkrankung der Schilddrüse das Auftreten einer Schwellung der Schilddrüse bei frischer Syphilis ein Analogon zu den dabei auftretenden Lymphdrüsenschwellungen. Er weist auch auf Lange hin, der ein halbes Jahr nach der Infektion circumscripte, kastaniengrosse, druckempfindliche Infiltrate der Schilddrüse gesehen hat.

Küttner hat aus der v. Bruns'schen Klinik zwei Fälle beschrieben. Bei dem ersten von ihm beschriebenen Falle handelt es sich um eine 39jährige Frau. Sie hatte mit 18 Jahren ein Exanthem und gebar nach zwei Jahren ein faultotes Kind. Seit der Kindheit bestand eine harte Struma, die in der letzten Zeit rapid anwuchs. Es wurde die klinische Diagnose gestellt „Struma maligna". Nach der Operation ergab die mikroskopische Untersuchung nicht eine maligne Neubildung, sondern eine fi-

bröse Entartung der Schilddrüse. Durch die Anamnese und da 5 Monate nach der Operation am Gaumen und an der hinteren Rachenwand charakteristische syphilitische Ulcerationen auftraten, konnte die Diagnose auf Gumma glandulae thyrioideae verbessert werden.

In dem zweiten Falle gibt der 27 Jahre alte Mann eine geschlechtliche Erkrankung zu. Bei ihm bestand ebenfalls seit längerer Zeit eine Struma, die einmal Atemnot verursachte; wegen einer solchen wurde Patient auch in die Klinik geschafft. Bei der Operation — es musste auch unter schwierigen Verhältnissen die Tracheotomie gemacht werden — fiel eine eigentümliche speckige Beschaffenheit des Schilddrüsengewebes auf. Eine mikroskopische Untersuchung lies nur sklerotisches Binde-Gewebe, Rundzelleninfiltration und Wucherungsvorgänge an den Gefässen erkennen. Auf Jodkalibehandlung verschwand schon nach 3 Wochen die nicht unbedeutende Struma. Die bis jetzt erwähnten luetischen Erkrankungen der Schilddrüse wie sie Engel-Reimers, v. Eiselsberg, Lange und Küttner konstatiert, sind im Frühstadium der Syphilis entstanden. Die tertiäre und hereditäre Lues in der Schilddrüse gehört zu den fibrösen und gummösen Formen. Dahin gehörig hat Küttner nur 9 Fälle in der Literatur gefunden.

Demme (Krankheiten der Schilddrüse in Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten 1887) weist bei drei Kindern neben einer visceralen Lues eine solche der Schilddrüse nach; bei einem 6jährigen Knaben fand er neben Knochenauftreibungen Daktylitis spezifica, eine

Schilddrüsenanschwellung, die fibröse Knoten und gallertige Gummen am Sektionstisch erkennen liess.

Auch Birch-Hirschfeld beobachtet bei einem Kinde den Zusammenhang der Lues und der Schilddrüsenschwellung. Auf erworbene Syphilis sind die Fälle zurückzuführen, die Navratil, Fränkel, Köhler, Bruce Clarke beobachtet haben. Die Resultate aus Küttner's Ausführungen lassen sich zu folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Vorübergehende Schwellung der Thyreoidea im Frühstadium der Syphilis ist nicht selten, während Lues der Schilddrüse im Spätstadium oder hereditär selten ist.

2. Hereditäre und erworbene Lues sind gleich häufig mit gummeöser Degeneration der Schilddrüse vergesellschaftet.

3. Die Gummabildung ist nicht an strumöse Schilddrüsen gebunden, da sie ja nicht einmal immer eine Vergrösserung der Schilddrüse mit sich führt.

Es mag mir nun gestattet sein, zuerst die beiden an der Münchner Chirurgischen Universitäts-Poliklinik beobachteten Fälle von „Strumitis" auf luetischer Grundlage aufzuführen, um dann eine nähere Besprechung derselben anzureihen.

Fall I.

Es handelt sich um den 66jährigen Privatier, früheren Zinngiesser, E. B. aus München, der am 22. Juni 1909 in poliklinische Behandlung trat. Patient stand schon längere Zeit in Behandlung eines hiesigen Arztes, der ihn mit der Diagnose „Struma maligna" überwies.

Anamnese.

Die Eltern des Patienten waren angeblich gesund. Seine Frau ist seit 10 Jahren tot. Von den vier Kindern der Ehe lebt nur eines, die anderen sind klein gestorben. Krankheiten hat Patient angeblich wenig durchgemacht. Vor 5 Jahren hatte er Brustfellentzündung, von der er sich rasch erholte. Geschlechtliche Erkrankungen werden negiert. Seit Kindheit soll er bereits einen kleinen Kropf mehr an der rechten Halsseite gehabt haben, der ihm wenig Beschwerden machte und nur zeitweilig bei der Atmung lästig fiel.

Fünf Wochen vor seinem Eintritt in die Poliklinik verspürte er ein eigentümliches Schmerzgefühl in seinem Kropf. Die früher geringen Atembeschwerden waren jetzt häufiger. Nebenbei hatte er aber auch andere Begleiterscheinungen, wie starkes Stechen im Kopfe, das ihn stundenlang quälte und das besonders die rechte Kopfhälfte einnahm und beim Legen auf die rechte Gesichtsseite sich verstärkte. Dabei war das Allgemeinbefinden hochgradig beeinträchtigt, die Gesichtsfarbe war fahl, und der früher wohlgenährte Patient magerte rapid ab.

Status präsens am 22. Juni 1909.

Mittelgrosser Mann von stark verfallenem Aussehen. Die allgemeine Untersuchung ergibt nichts Pathologisches. Der rechte Schilddrüsenlappen ist von einem ziemlich bedeutenden Tumor eingenommen, der sich sehr derb anfühlt und am oberen Pole des Drüsenlappens höckerig ist. Durch Übergreifen auf die Umgebung ist er völlig unbe-

weglich. Die Haut über dem Tumor zeigt wenig Veränderung. Die Temperaturen bewegen sich zwischen 37,6 und 38,5.

Diagnose

auf obigen Befund hin: „Struma maligna".

An einen operativen Eingriff war bei dem objektiven Befunde und bei dem äusserst heruntergekommenen, sehr anämischen Allgemeinzustand des Patienten nicht zu denken. Nach einigen Tagen schon veränderte sich das Bild

Status präsens am 27. Juni 1909.

Man glaubt am unteren Pol des Tumors in der Tiefe Fluktuation zu fühlen. Die Haut über dieser Stelle ist leicht gerötet und oedematös. Die Temperaturen bleiben jetzt auf einer Höhe von 38—39. Man beschliesst, den Abzess, als der sich der Tumor entpuppt hatte, zu öffnen.

Operation.

Es wird über die grösste Ausdehnung der fluktuierenden Geschwulst eine ungefähr 8 cm lange Längsinzission gemacht und dazu der Thermokauter benützt. Dabei entleert sich eine reichliche Menge dickflüssigen Eiters untermischt mit grösseren Stücken nekrotischen Schilddrüsengewebes. Nach gründlicher Reinigung der Abzesshöhle Tamponade und steriler Verband.

Heilungsverlauf.

Die Heilung geht in den ersten Wochen in normaler Weise vor sich. Der Allgemeinzustand bessert sich sichtlich im Anschluss an die Operation; nach einiger Zeit

jedoch tritt ein Stillstand ein. Die Wunde, die sich anfänglich rasch verkleinert hatte, sezerniert stark, ist immer schmierig belegt und ist nicht zur Abheilung zu bringen. Bei einer Untersuchung ungefähr 3 Monate nach der Operation — während dieser Zeit ist die Operationswunde noch nicht abgeheilt — zeigt sich ohne jede äussere Veranlassung an der Vorderseite des oberen Drittels des rechten Unterschenkels eine circumscripte haselnussgrosse Schwellung, die alsbald ulzerierte und ein, nach seinem makroskopischen Aussehen ein typisches fünfmarkstückgrosses luetisches Geschwür lieferte.

Neue anamnestische Nachfragen, ob Patient eine syphilitische Infektion durchgemacht habe, führen nicht zum Ziele. Die nunmehr ausgeführte Wassermann'sche Probe fällt positiv aus.

Die Diagnose „Struma maligna", die längst aufgegeben wurde, musste nun endgiltig der Diagnose „luetischer Strumitis" weichen. Die Behandlung der Operationswunde wird steril durchgeführt, das ulcus specificum am Bein mit Hg Salbe behandelt, mit Lapis geätzt und innerlich Jodkali 10: 200,0 gegeben. Unter dieser Behandlungsweise machte die Heilung Fortschritte.

Status präsens am 3. Februar 1910.

Etwas nach rechts von der Mittellinie eine ungefähr 5 cm lange glatte Narbe, die in der Mitte eine 1 cm lange Öffnung zeigt, welche geringe Sekretion liefert. Das Geschwür am rechten Unterschenkel hat seinen spezifischen Charakter verloren, sieht rein aus, die prominenten

Ränder sind verschwunden. Über den rechten Unterschenkel zieht sich eine diffuse nicht druckempfindliche Rötung hin, eine Dermatitis infolge der medikamentösen Behandlung. Der Allgemeinzustand des Patienten hat sich bedeutend gehoben.

Fall II.

S. M., Schreinersfrau aus Planegg, 27½ Jahre alt, trat am 28. Juli 1909 in poliklinische Behandlung.

Anamnese.

Als Kind war Patientin immer gesund, nur bestand schon seit frühester Jugend ein Kropf. In den letzten Jahren fühlte sie sich immer etwas kränklich, ohne dafür eine Ursache zu wissen. Im September 1908 traten zum erstenmale präzisere Krankheitserscheinungen auf. Es stellten sich Halsschmerzen ein, ähnlich wie bei Mandelentzündung, ferner Ohrenschmerzen und Schluckbeschwerden. Patientin konsultierte einen Arzt, der eine allgemeine Behandlung einleitete. Im nächsten Frühjahr, also 1909, traten auch aussen am Hals Schmerzen auf, und in der Mitte desselben löste eine Berührung ziemlichen Schmerz aus. Ferner erschien der Kropf an der schmerzhaften Stelle und auch in seiner ganzen Ausdehnung etwas vergrössert. Zeitweises Auftreten von Schüttelfrösten und Hitzegefühl war nicht selten. Familienanamnese ergibt nichts von Bedeutung. Patientin ist viermal niedergekommen. Es lebt nur ein Kind, ein Kind kam tot zur Welt, die anderen sind klein gestorben.

Status präsens am 28. Juli 1909.

Kleine, schmächtige, schlecht ernährte Frau mit phthysischem Habitus. Patientin sieht viel älter aus als sie in Wirklichkeit ist. Lungenuntersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Am Halse präsentiert sich eine diffuse Schwellung in der Ausdehnung von dem einen sternocleidomastoideus bis zum anderen reichend. Die Haut darüber ist stark gerötet. In der Mittellinie findet sich eine nicht deutlich abgrenzbare Stelle, die Fluktuation zeigt. Die Temperaturen schwanken zwischen 37,5 und 38,5. Drüsenschwellungen sind am ganzen Körper nicht zu beobachten. Ausser Atemnot, Druckempfindlichkeit und besonders starken Ohrenschmerzen werden keine Beschwerden angegeben. Die Stimme klingt heiser und hohl.

Operation.

Längsinzission in der Mittellinie ca. 5 cm lang über die fluktuierende Stelle mit Hilfe des Thermokauters. Es entleert sich wenig dickflüssiger, gelblicher Eiter. Tamponade, steriler Verband.

Heilungsverlauf.

Im Verlaufe der sonst glatten Heilung nimmt die Operationswunde die Gestalt eines typischen spezifischen Ulcus an, das auf Verabreichung von Jodkali 8: 200,0 sich reinigt, gute frische Granulationen zeigt und in kurzer Zeit vollständig vernarbt. Während dieser Zeit zeigen sich auch in der Mundschleimhaut Plaques muqueuses.

Anfangs Januar 1910 wird die Patientin, die zur Kontrolle wiederbestellt wurde, noch einmal untersucht. In der Medianlinie des Halses findet sich eine längsverlaufende, gerötete, nicht mit der Unterlage verwachsene 3—4 cm lange Narbe. Die Schwellung des Halses ist nur mehr sehr gering. An beiden Seiten entlang dem Musculus sternocleidomastoideus Pakete verhärteter Drüsen. Sonst sind nirgends Drüsenschwellungen bemerkbar. Die hintere Rachenwand ist etwas ulcerös verändert. Die Ausführung der Wassermann'schen Reaktion gibt ein positives Resultat.

* * *

In beiden angeführten Fällen handelt es sich um eine Erkrankung — eine Vereiterung — der bereits vorher kropfig entarteten Schilddrüse, und es hat somit die Diagnose Strumitis im Gegensatze zur Thyreoiditis ihre Berechtigung. Was nun die beiden von mir erwähnten Fälle besonders interessant macht, das ist die Ursache, die hier eine Strumitis veranlasst hat. Wie zahlreich und wie verschiedenartig die aetiologischen Momente bei Kropfentzündungen sein können, ist schon des längeren erörtert.

Bei Fall I und II wird ja eine syphilitische Erkrankung negiert. Zur Zeit der Vereiterung konnte auch kein positiver Befund erhoben werden, der den Gedanken an eine Lues hätte aufkommen lassen. Erst als bei Fall I einige Monate nach der Operation ein spezifisches Ulcus auftrat, konnte die luetische Vorerkrankung als erwiesen

gelten, bis der positive Ausfall der Wassermann'schen Probe jeden Zweifel beseitigte. Dass es sich schliesslich nicht um ein traumatisches oder variköses Ulcus handle, das konnte aus der langsamen Heilung hervorgehen und aus dem Umstand, dass auf innerliche Verabreichung von Jodkali eine Reinigung und Verschwinden der wallartigen Ränder zu verzeichnen war.

Ebenso verhält es sich bei der Frau (Fall II). Leugnung jeder geschlechtlichen Erkrankung und zur Zeit als Patientin wegen ihres Leidens an der Poliklinik ärztliche Hilfe suchte, kein Befund der Lues-verdächtig erschien. Das Auftreten der plaques musqueuses und bei der zweiten Untersuchung die ulceröse Veränderung der hinteren Rachenpartien und vor allem der gleichfalls positive Ausfall der Wassermann'schen Reaktion, lässt auch hier an der Diagnose Lues keinen Zweifel aufkommen. Ferner dürfte klar sein, dass die Syphilis in diesem Falle die Primäraffektion ist, und die Erkrankung der kropfig entarteten Schilddrüse als sekundäre metastatische Infektion aufzufassen ist, da doch die Anamnese und auch der Befund keine andere primäre Infektionskrankheit als wahrscheinlich erscheinen lässt.

Zu entscheiden, ob in diesen Fällen eine Mono- oder Polyinfektion vorgelegen hat, ist mir leider nicht möglich, da eine mikroskopische Untersuchung des bei der Inzision entleerten Eiters unterlassen wurde. Doch ist der Krankengeschichte nach anzunehmen, dass es sich um eine Monoinfektion handelt.

Bevor ich auf die Diagnose bezw. Differentialdiagnose und deren Schwierigkeiten eingehe, will ich einiges über die allgemeinen Symptome und den Verlauf einer Strummitis erwähnen.

Von Eiselsberg schreibt in seinem Buche „Über die Krankheiten der Schilddrüse“: „Die Symptome der Strumitis bestehen in der Mehrzahl der Fälle in denen der akuten Entzündung. Meist beginnt die Krankheit mit lebhaften ausstrahlenden Schmerzen am Halse, hierauf stellt sich Fieber und Schüttelfrost ein; der Hals beginnt dicker zu werden und je nachdem, ob es sich um eine ein- oder doppelseitige Entzündung handelt, wird die Schwellung bald hier, bald dort deutlicher hervortreten. Die entzündete Partie wird druckempfindlich und je nach dem tiefen oder oberflächlichen Sitze des Herdes früher oder später fluktuierend und schliesslich gerötet. Die Venen des Halses sind prall gefüllt, das Gesicht cyanotisch, die Augen glänzend; dumpfer Kopfschmerz und Eingenommensein des Kopfes sind vorhanden; nicht selten stellt sich Nasenbluten ein“. Dazu hebt v. Eiselsberg auch Atembeschwerden, Spasmen der Glottis durch Druck auf den Nervus recurrens, heisere klanglose Stimme und Schlingbeschwerden hervor.

Alle diese Symptome zeigten die von mir beobachteten Fälle in mehr oder minder ausgeprägter Weise auch. Bei Fall I trat nur das heruntergekommene abgemagerte Aussehen besonders in den Vordergrund, wie auch sehr starke Kopfschmerzen, die vielleicht hauptsächlich die Schuld an der Abmagerung des Patienten trugen. Ferner

blieb bei dem Manne lange eine deutliche Fluktuation verborgen. Bei Fall II dagegen, wurde über äusserst starke Ohrenschmerzen geklagt, ausserdem fiel die klanglose heisere Stimme auf, die wohl dadurch zu erklären ist, dass der Prozess die Schleimhaut von Larynx und Trachea in Mitleidenschaft gezogen hat, oder dadurch, dass ein Druck auf den Nervus recurrens ausgeübt wurde.

Nach Leser strahlen die Schmerzen sehr häufig bis in den Nacken und die Schultern aus. Es handelt sich hier sicher um eine Mitbeteiligung von Ästen des dritten und vierten Cervikalnerves, N. occipitalis minor, auricularis magnus und der Nervi supraclaviculares.

Singer schreibt über fünf Fälle, bei denen er eigentümliche Paraesthesien, ziehende Schmerzen und ein Vertaubungsgefühl in den Fingern beobachtet hat.

Ihren Ausgang nimmt die Strumitis in Zerteilung, Eiterung und Brand. Eine Zerteilung wird wohl zu den Seltenheiten gehören, Given und Mygind melden über solche Fälle. Am häufigsten kommt eine Vereiterung zustande, zu der es auch bei meinen beiden Fällen kam, wobei oft ein spontaner Durchbruch der manchmal auch multiplen Abzesse nach aussen, oder, was gefährlicher, nach der Trachea, dem Oesophagus oder dem Mediastinum sich ereignet, wenn nicht rechtzeitig operativ eingegriffen wird.

In dem Med. Korrespondenz-Blatte des Württemb. Ärztevereins 1858 finde ich einen nicht häufigen Fall von Perforation ins Mediastinum posticum.

Die 38jährige Frau hat seit dem 24. Lebensjahre einen Kropf. Nach einer gelegentlichen starken Erkältung traten in der Struma Schmerzen auf, und sie selbst nahm an Grösse zu. Dazu kam ein Frostgefühl, Appetitlosigkeit, Atemnot und das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse. Bohrende Schmerzen erstreckten sich vom Nacken bis zur Orbitalgegend.

Befund bei ärztlicher Untersuchung: Diffuse Schwellung des Halses, herabreichend bis zum Brustbein, die Haut darüber gerötet, oedematös und druckempfindlich. Es wird eine Inzision gemacht, die aber zu spät war, und Patientin ging unter der Erscheinung der allgemeinen Pyaemie ad exitum.

Die Sektion stellt einen Durchbruch am hinteren unteren Teil der Abzesshöhle ins Mediastinum posticum fest.

Sehr selten kommt es zu Brand und dann zu Sepsis, hervorgerufen durch Nekrose des Schilddrüsengewebes. Bei Fall I konnten im Eiter eine Menge nekrotischer Schilddrüsengewebsfetzen beobachtet werden, ein Beweis, dass der Prozess auf seinem Wege zur Verjauchung schon ziemlich weit fortgeschritten.

Bei klarer Aetiologie (guter Anamnese), bei Symptomen, wie sie vorher angeführt wurden, und glatten Verlauf bietet die Diagnose keine Schwierigkeiten. Auf welche Schwierigkeiten man aber stossen kann, das zeigt wenigstens der eine der beiden Fälle.

Fall I zeigte bei seinem Eintritt in poliklinische Behandlung nicht die geringste Fluktuation, die Haut war nicht gerötet. Es präsentierte sich nur eine diffuse derbe

Kropfschwellung, die noch dazu bei der Palpation durch ihre grobhöckerige Beschaffenheit auffiel. Dabei zeigte Patient das verfallene Aussehen eines Kranken, der an einem malingen Tumor leidet. So kam es auch, dass im ersten Momente die Diagnose Struma maligna gestellt wurde, wozu auch das Alter des Patienten verführen konnte.

Schon als nach einigen Tagen, wenn auch nur undeutlich Fluktuation zu fühlen war, zog man die Möglichkeit einer Strumitis in Frage, obwohl man sich vergeblich nach einer Ursache umsah.

Wie wir also sehen, vermeidet man eine solche Fehldiagnose leichter bei eitriger Strumitis, wo die glatte Oberfläche, die eventuell nachweisbare Fluktuation, die Rötung und Verschieblichkeit der Haut, die hohe Fiebertemperatur und unterstützend die Anamnese die richtige Diagnose finden lässt, während man bei einem malignen Tumor Unebenheit der Oberfläche,Verbackensein der Haut, rasches Wachsen, hohes plötzliches Abmagern und nur ganz geringe Temperaturerhöhung in der Regel beobachtet. Auch der Temperaturunterschied ist nicht zuverlässig. Es heisst hohe Temperatur bei Strumitis, niedrigere bei malignen Tumoren.

T a v e l beschreibt z. B. einen Fall, der ein Fieber von über 39° aufwies und auch sonst das Bild einer Strumitis darbot. Bei der Sektion sah man, dass es sich um ein Sarkom der Schilddrüse gehandelt hat.

Bolter beschreibt in seiner Dissertation einen Fall von Strumitis tuberculosa, wo zuerst die klinische Diagnose Struma maligna gelautet hat. Das Ergebnis der ersten pathologischen Untersuchung stellte einen sarkomatösen Tumor fest. Zweiter pathologischer Befund: Im ungefärbten Präparate fiel vor allem der Zellreichtum auf, der anfangs in den Schnitten ebenfalls Sarkomähnlichkeit vortäuschte. Die genaue pathologisch-anatomische Untersuchung führte schliesslich zu der Diagnose „tuberculöses Granulationsgewebe".

Riedel und Tailhefer haben eine langsam verlaufende Entzündung des Kropfes beobachtet, welche nicht zur Vereiterung führte, sondern mit einer ungemein harten Infiltration des Kropfes endete, sodass leicht ein maligner Tumor vorgetäuscht werden konnte.

Differentialdiagnostisch kämen ausserdem noch der akute Kropf und die Struma haemorrhagica in Betracht, allein ein hochgradig gestörtes Allgemeinbefinden, Erscheinungen heftiger Entzündung, hohes Fieber und der negative Befund einer bakteriologischen Untersuchung schliessen die beiden Diagnosen jederzeit aus.

Fall II kam gleich mit prägnanteren Symptomen zur Beobachtung, und es wurde die Diagnose Strumitis sofort gestellt, wenngleich man auch keine richtige Ursache dafür finden konnte, denn eine Tuberkulose, die man zu finden glaubte, war nicht nachzuweisen.

Aus dem Vergleich mit den Differentialdiagnosen geht hervor, dass die Diagnose einer Strumitis für unsere beiden Fälle standhalten kann, dass aber andererseits bei

wenig ausgeprägten Symptomen eine falsche Diagnose leicht unterlaufen kann, oder dass eine endgiltige Diagnose nur auf mikroskopischem Wege oder auf dem Sektionstisch erbracht werden kann.

Die prognostischen Aussichten entsprechen im allgemeinen den drei Möglichkeiten des Ausganges einer Strumitis.

Relativ am günstigsten dürfte die Prognose sein, wenn ein spontaner Rückgang aller Symptome eintritt, wenngleich auch oft solche von einer Entzündung ergriffene Teile atrophisch werden können und bei grosser Ausdehnung der Entzündung oder Rezidiv eine Kachexie die Folge sein kann.

Prognostisch günstig sind Fälle, wie die von mir beschriebenen, wenn sie eine rechtzeitige Behandlung erfahren, oder wenn ein Durchbruch des Eiters von selbst nach aussen hin stattfindet. Bei Perforation nach hinten jedoch oder Senkungen ins Mediastinum, wodurch Druckerscheinungen, Pleuritis, Arrosion von Blutgefässen und somit Invasion von Bakterien in die Blutbahn entstehen, kann das Leben des Patienten ernstlich gefährdet werden. Einen solchen Fall, der ad exitum führte, beschreibt Lücke in seiner Monographie:

Es handelt sich um einen mit Kropf behafteten 23jährigen Mann, der in den letzten Tagen Fieber, Halsschmerzen und Atembeschwerden hatte. Es kam zu einem heftigen Dyspnoeanfall. Zur Behebung desselben wurde nach Eröffnung des Ringknorpels eine Oesophagussonde in die Trachea eingeführt, um eventuell künstliche At-

mung einzuleiten. Infolge Verstopfung der Sonde während der Nacht starb Patient. Die Sektion ergab einen Durchbruch des Abzesses nach hinten unten, wodurch eine Kompression auf die Trachea ausgeübt wurde. Der Abzess reichte bis gegen das Mediastinum. Die Vena jugularis communis war an einer Stelle so dünnwandig, dass es Wunder zu nehmen war, dass keine Arrosion eintrat. Kern erwähnt einen Schilddrüsenabzess, der bis in den Mundboden reichte und Lejars bezeichnet einen Fall, wo es zur Arrosion der Carotis communis kam.

Trotz der meist eintretenden günstigen Heilung nach Vereiterung möchte ich für meine beiden Fälle bezüglich der Prognose vorsichtig sein, weil eine Rezidivgefahr nur zu leicht möglich wäre, da der luetische Infektionserreger bei beiden Patienten sich noch im virulenten Zustande befinden wird.

Auch die Aetiologie spielt bei der Beurteilung der Prognose eine Rolle. So hat man die Wahrnehmung gemacht, dass Strumitis bei Typhus fast immer günstig verläuft; man erklärt sich dies damit, dass die Strumitis keine Komplikation des Typhus darstellt, sondern zu den typhösen Erscheinungen gehört. Nach Erfahrungen der Züricher Klinik zeichnen sich die Fälle von Strumitis nach Erkältung dadurch aus, dass ihre Prognose gut und die Heilungsdauer eine kurze ist.

Die Therapie bei einer Strumitis richtet sich am besten nach dem objektiven Befunde. Kommt es zu keiner Vereiterung sondern bilden sich die Entzündungserscheinungen von selbst zurück, so kann erfahrungsgemäss eine

antiphlogistische Behandlung, wie Blutentziehung, Eiskrawatte, Einreibung von Hg. Salbe eine spontane Heilung einer Strumitis bewirken. Kocher hat auch Karbolsäureinjektionen 5% ins Parenchym erprobt. Für Strumitis nach Rheumatismus wurde salicylsaures Natron, für solche nach Malaria Chinin verwendet und es wurden damit Heilerfolge erzielt.

Bei eingetretener Vereiterung bleibt kaum mehr ein anderer Weg, als durch rasche Incision eine Entleerung der Fäulniserreger nach innen zu verhindern, was ja schliesslich auch durch den spontanen Durchbruch nach aussen erreicht wird. Frühzeitige Incision bei nachweisbarer Fluktuation ist jedoch schon immer aus dem Grunde zu begrüssen, weil Erstickung und Durchbruch nach innen eine stete Gefahr bilden, und dadurch andere Massregeln, wie z. B. Tracheotomie erspart werden.

Kummer und Kocher gehen radikaler vor; sie empfehlen die Wegschaffung des vollständigen Eiterherdes durch Exstirpation der erkrankten Schilddrüsenhälfte. Kocher hatte bei 11 derartig behandelten Fällen nur 2 Todesfälle zu verzeichnen.

Die therapeutischen Massnahmen waren in unseren Fällen, soweit sie die Entzündung des Kropfes anlangten, ziemlich einfach, es wurde durch Incision ein Abfluss des Eiters geschaffen. Dadurch gingen die schweren Symptome der Entzündung, das Fieber, Schwellung, Rötung und Druckempfindlichkeit rasch zurück, nur die Hartnäckigkeit der Heilung der Inzisionswunde bei beiden Fällen und des Ulcus specificum cruris dext. bei Fall I

machte etwas zu schaffen. Die Verabreichung von Jodkali 10: 200,0 versagte auch hier ihre Wirkung nicht.

Fall II ist nun bis auf weiteres aus der ambulatorischen Behandlung als geheilt entlassen, während Fall I noch in poliklinischer Behandlung steht, da das ulcus specificum noch nicht vollständig zur Heilung gelangt ist. Die lokale Behandlung besteht jetzt in Ätzung mit dem Lapis, um die Granulationsbildung anzuregen und Applikation einer indifferenten Salbe, da Patient eine sehr empfindliche Haut hat. Ausserdem wird Jodkali innerlich weitergegeben.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. von Angerer für die gütige Übernahme des Referates, sowie Herrn Professor Dr. Klausner für die Zuweisung dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

Bolter: 44 Beobachtungen von Strumitis. Dissertation. Zürich.

Dunger: Über akute nichteitrige Thyreoiditis. Münch. med. Wochenschr. 1908 Nr. 36.

v. Eiselsberg: Die Krankheiten der Schilddrüse.

Engel-Reimers: Über Schilddrüsenschwellung im Frühstadium der Syphilis. Jahrb. d. Hamburg. Krankenanstalten. Bd. III. Jahrg. 1891/92.

Ewald: Krankheiten der Schilddrüse, Myxoedem und Kretinismus.

Fränkel: Über Tracheal- und Schilddrüsen-Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1887. Nr. 48.

Hütwohl: Über die Fälle von Strumitis nach den Beobachtungen der Heidelberger chirurg. Klinik. Dissertat. 1903.

Kocher: Zur Pathologie und Therapie des Kropfes. Über Entzündung des Kropfes. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. H. 3 u. 4.

Küttner: Struma syphilitica. Beiträge zur klinischen Chirurgie. 22. Bd. 1898.

Leser: Lehrbuch der speziellen Chirurgie.

v. Pettenkofer: Über zwei Fälle von Strumitis. Dissertat. München 1903.

Riedel: Die chronische, zur Bildung eisenharter Tumoren führende Entzündung der Schilddrüse. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie. 1896.

Tavel: Über die Aetiologie der Strumitis. Ein Beitrag zur Lehre von den hämatogenen Infektionen. Basel 1892.

Zesas: Über Thyreoiditis und Strumitis bei Malaria. Zentralblatt für Chirurgie. 1885.

Lebenslauf.

Am 14. April 1884 wurde ich zu Ingolstadt als der Sohn des kgl. Registrators Josef Schuster geboren. Meine wissenschaftliche Vorbildung genoss ich an dem kgl. Maximilians- und Ludwigs-Gymnasium zu München, welches ich am 14. Juli 1903 absolvierte. Hierauf widmete ich mich an der kgl. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München dem Studium der Medizin. Im Mai 1907 bestand ich das Tentamen-Physikum, dem sich im November 1909 das medizinische Staatsexamen erfolgreich anschloss.